



«УТВЕРЖДАЮ»
Генеральный директор ЗАО «МАКС»
Мартыанова Н.В.
«17» июня 2002 г

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ №08.4

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

На условиях настоящих Правил ЗАО "МАКС" (в дальнейшем - Страховщик) заключает договоры добровольного медицинского страхования (в дальнейшем - договоры страхования), обеспечивающие гражданам получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования, сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.

1.1. Страхователями могут выступать:

1.1.1. Дееспособные физические лица, заключающие договоры страхования в свою пользу или в пользу третьих лиц (в дальнейшем – Застрахованные).

1.1.2. Юридические лица любых организационно-правовых форм собственности, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством Российской Федерации, заключающие договоры страхования в пользу третьих лиц (в дальнейшем по тексту - Застрахованные).

1.2. При заключении договора Страховщик вправе запросить информацию о фактическом состоянии здоровья лиц, подлежащих страхованию.

1.3. Граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожновенерологических, онкологических диспансерах, ВИЧ-инфицированные и ВИЧ-больные граждане, инвалиды I и II группы, больные сахарным диабетом принимаются на страхование в части, не обеспеченной соответствующими государственными медицинскими программами.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на организацию и оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

2.2. По договору добровольного медицинского страхования Страховщик обязуется организовать и финансировать предоставление Застрахованным (Застрахованному) при наступлении страхового случая медицинской помощи или иных услуг определенного объема и качества по программам добровольного медицинского страхования, в медицинских учреждениях, предусмотренных договором страхования.

3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинское учреждение, из числа предусмотренных договором страхования, при заболевании, травме, отравлении

и других несчастных случаях, за получением консультативно-диагностической, лечебной, профилактической и иной помощи в рамках программы добровольного медицинского страхования, требующей оказания медицинских и иных услуг в пределах их перечня, предусмотренного договором страхования.

Страховым случаем признается обращение Застрахованного в медицинское учреждение в течение срока действия договора страхования.

3.1.1. Страховщик имеет право отказать в организации и оплате медицинских и иных услуг Застрахованному при его обращении в медицинское учреждение в связи:

- с получением травматического повреждения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;
- с покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- с умышленным причинением себе телесных повреждений. Перечисленные в п.3.1.1 деяния признаются таковыми на основании документов, доказывающих факт содеянного в установленном порядке.

3.1.2. Страховщик вправе не организовывать и не оплачивать Застрахованному медицинские или иные услуги (возмещать расходы), не предусмотренные договором страхования.

Решение об оплате или отказе в оплате медицинских и иных услуг принимается экспертной комиссией Страховщика.

3.2. Договор страхования может быть заключен по следующим программам страхования (приложение 1):

3.2.1 "КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ".

При заключении договора страхования по комплексной программе Страховщик гарантирует Застрахованному организацию и финансирование медицинских и иных услуг в амбулаторно-поликлинических, стационарных, реабилитационно-восстановительных (санаторно-курортных) условиях, а также возмещение расходов, связанных с их получением, в соответствии с перечнем услуг, выбранным Страхователем при заключении договора страхования.

3.2.2. Программа «АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ».

При заключении договора страхования по программе «АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ» Страховщик гарантирует Застрахованному организацию и финансирование медицинских и иных услуг в амбулаторно-поликлинических условиях, а также возмещение расходов, связанных с их получением, в соответствии с перечнем услуг, выбранным Страхователем при заключении договора страхования.

Договор страхования может быть заключен как по указанной программе в целом, так и путем использования отдельных ее элементов.

3.2.3. Программа «СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ».

При заключении договора страхования по программе «СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ» Страховщик гарантирует Застрахованному организацию и финансирование медицинских и иных услуг в стационарных условиях, а также возмещение расходов, связанных с их получением, в соответствии с перечнем услуг, выбранным Страхователем при заключении договора страхования.

3.2.4. Программа «РЕАБИЛИТАЦИОННО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ) ЛЕЧЕНИЕ».

При заключении договора страхования по программе «РЕАБИЛИТАЦИОННО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ (САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ) ЛЕЧЕНИЕ» Страховщик гарантирует Застрахованному организацию и финансирование медицинских и иных услуг

в санаторно-курортных условиях, а также возмещение расходов, связанных с их получением, в соответствии с перечнем услуг, выбранным Страхователем при заключении договора страхования.

4. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, ФОРМА И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ

4.1.Страховая сумма представляет собой предельный уровень страхового обеспечения, определяемый на основании программы медицинского страхования, предусмотренной договором страхования, исходя из перечня и стоимости медицинских и иных услуг, и устанавливается по соглашению сторон.

4.3. Страховая премия по договору страхования рассчитывается в зависимости от программы страхования, предельного уровня страхового обеспечения, срока страхования, тарифной ставки и иных условий, предусмотренных договором страхования.

4.4.Страховая премия по договору страхования может уплачиваться Страхователем:

- единовременно - разовым платежом за весь срок страхования;

- в рассрочку - периодически в течение срока страхования.

Порядок уплаты страховой премии определяется в договоре страхования.

4.5.Страховая премия может уплачиваться Страхователем наличными деньгами в кассу или представителю Страховщика или перечисляться на расчетный счет Страховщика путем безналичных расчетов.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1.Срок действия страхования устанавливается договором страхования по соглашению Страхователя и Страховщика на 1 год или иной период времени.

5.2.Договор страхования вступает в силу (если иное не определено условиями договора):

- а) при уплате страховой премии/первого ее взноса наличными деньгами - с 0 часов дня, следующего за днем уплаты страховой премии/первого ее взноса;

- б) при уплате страховой премии/первого ее взноса путем безналичных расчетов - с 0 часов дня, следующего за днем зачисления страховой премии/первого ее взноса на счет Страховщика.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1.Для заключения договора страхования Страхователь обращается к Страховщику с письменным или устным заявлением и предоставляет Страховщику данные, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, и иные сведения необходимые для оформления договора страхования.

6.2.Договор страхования оформляется в виде единого документа в 2-х экземплярах, скрепляется печатями и подписями Сторон.

Если Страхователем является физическое лицо, договор страхования может быть заключен на основании письменного заявления Застрахованного путем выдачи страхового полиса, подписанного Страховщиком.

6.3.На основании договора страхования Страхователю вручаются индивидуальные страховые полисы (страховые медицинские карточки), удостоверяющие право Застрахованного на получение медицинских и иных услуг в соответствии с договором страхования.

6.4.Застрахованный при утрате страхового полиса (страховой медицинской карточки) должен незамедлительно письменно известить об этом Страховщика. Утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских и иных услуг в соответствии с договором страхования. Взамен утраченных страховых документов Застрахованному выдаются их дубликаты.

При повторной утрате страховых документов в течение действия договора страхования со Страхователя взыскивается платеж в размере фактической стоимости их изготовления.

6.5.Страховой полис и страховая медицинская карточка выдаются Страхователю в течение трех дней после уплаты страховой премии/первого ее взноса, если договором не предусмотрено иное.

6.6.При заключении договора страхования стороны могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих правил.

7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

7.1. Страхователь имеет право:

7.1.1.Требовать своевременной организации и финансирования медицинских и иных услуг, предоставляемых Застрахованному в соответствии с договором страхования.

7.1.2.В течение срока действия договора страхования вносить предложения по изменению или уточнению условий договора.

7.1.3.Получить дубликат полиса (страховой медицинской карточки) в случае его (ее) утраты (п.6.4).

7.2. Застрахованный имеет право:

7.2.1.Требовать своевременной организации и финансирования медицинских и иных услуг, предоставляемых Застрахованному в соответствии с договором страхования

7.2.2.Сообщить Страховщику о случаях непредоставления медицинских или иных услуг, неполного или некачественного предоставления таких услуг.

7.2.3.Получить дубликат полиса (страховой медицинской карточки) в случае его (ее) утраты (п.6.4).

7.3. Страховщик имеет право:

7.3.1.Проверять достоверность сообщенных Страхователем данных, необходимых для заключения договора.

7.3.2.В течение срока действия договора страхования вносить предложения по изменению или уточнению условий договора.

7.3.4.Отказать в оплате медицинских или иных услуг в соответствии с настоящими Правилами и условиями договора страхования.

7.3.5.В связи с изменением стоимости медицинских или иных услуг произвести перерасчет размера страховой премии по договору страхования с одновременной корректировкой страховой суммы, с последующим уведомлением Страхователя.

7.4. Страхователь обязан:

7.4.1.Своевременно и в полном размере уплачивать обусловленную договором страхования страховую премию.

7.4.2.Своевременно предоставить Страховщику сведения, необходимые для заключения договора страхования, а также иную необходимую информацию, связанную с действием договора страхования.

7.4.3.Сообщать Страховщику о случаях непредоставления медицинских или иных услуг в соответствии с условиями договора страхования, неполного или некачественного их предоставления.

7.4.4. Обеспечить сохранность документов по договору страхования.

7.4.5.Ознакомить Застрахованных с условиями договора страхования, своевременно выдать им страховые полисы (страховые медицинские карточки), полученные от Страховщика.

7.5. Страховщик обязан:

7.5.1. Ознакомить Страхователя с настоящими Правилами страхования.

7.5.2. Своевременно выдать Страхователю страховые полисы (страховые медицинские карточки).

7.5.3. Обеспечить организацию и оплату медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования, при наступлении страхового случая.

7.5.4. Организовать и оплатить предоставление медицинской услуги Застрахованному в другом медицинском учреждении в случае невозможности ее оказания в ЛПУ, предусмотренном договором страхования.

7.5.5. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным).

8. ДОСРОЧНОЕ ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования прекращает действие и Застрахованный теряет право на получение медицинских и иных услуг по договору до окончания срока действия страхования, указанного в договоре страхования (страховом полисе), в случае:

8.1.1. Исполнения Страховщиком своих обязательств перед Страхователем (Застрахованным) по договору в объеме предельного уровня страхового обеспечения;

8.1.2. Смерти Застрахованного в период действия индивидуального договора страхования;

8.1.3. В других случаях, предусмотренных законодательством РФ.

9. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

9.1. Страховщик осуществляет страховые выплаты путем оплаты счетов медицинских учреждений за оказанные медицинские или иные услуги, определенные договором страхования, либо возмещает Застрахованному его расходы, связанные с получением медицинских или иных услуг.

9.2. Возмещение расходов Застрахованному осуществляется по согласованию со Страхователем на основании оригинальных документов, подтверждающих факт получения медицинских и иных услуг и оплаты их за счет личных средств Застрахованного (счет, квитанция, кассовый, товарный чеки и проч.)

9.3. Условиями Договора страхования по соглашению Сторон может устанавливаться неоплачиваемая Страховщиком часть затрат, связанных с получением Застрахованным медицинских и иных услуг, предусмотренных соответствующей программой страхования (франшиза).

9.4. По окончании действия договора Страховщик оплачивает медицинские услуги, связанные со стационарным лечением Застрахованного, начало которого относится к периоду действия договора страхования до его завершения по медицинским показаниям.

10. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

10.1. Споры, вытекающие из договоров страхования, заключенных на основании настоящих Правил, рассматриваются в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.